

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號9樓

承辦人：鄭舜介

電話：(02)2752-7286#134

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：jie@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年8月30日

發文字號：全醫聯字第0990001886號

速別：普通件

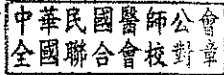
密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明

主旨：轉知「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑 Immunologic agents 8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU)」，業經中央健康保險局於99年8月25日以健保審字第0990074733號令修正發布，並自99年10月1日生效，請查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年8月25日健保審字第0990074733A號書函副本(如附件)辦理。

正本：各縣市醫師公會
副本：



理事長 李明濱

副本

收文編號	收文日期	期	歸檔編號
2203	99.8.26	100	

檔號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 書函

地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27026324

聯絡人及電話：周浩宇(02)27065866轉2624

10688

台北市安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年8月25日

發文字號：健保審字第0990074733A號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令稿含「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑Immunologic agents 8.2.3.2. Interferon beta-1b (如Betaferon 8MIU)」規定電子檔、發布令掃描檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表電子檔

主旨：「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑 Immunologic agents 8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU)」，業經本局於中華民國99年8月25日以0990074733號令修正發布，茲檢送發布令(含附件)1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心(請刊登公報)

副本：行政院法規委員會、行政院衛生署法規委員會、行政院衛生署醫事處、行政院衛生署全民健康保險小組、行政院衛生署食品藥物管理局、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、行政院衛生署醫院管理委員會、台北市政府衛生局、高雄市政府衛生局、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國藥劑師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國藥品行銷暨管理協會、台灣區製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本局資訊組、本局企劃組(請刊登健保電子報及本局全球資訊網)、本局醫務管理組、本局臺北業務組(請轉知轄區醫事機構，以下同)、本局北區業務組、本局中區業務組、本局南區業務組、本局高屏業務組、本局東區業務組、本局醫審及藥材組(以上均含附件)

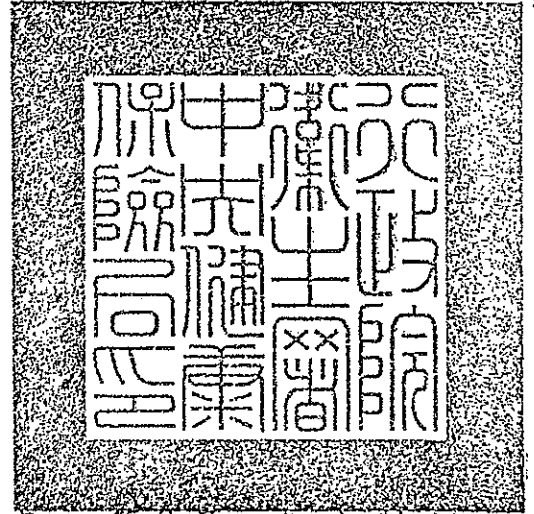
行政院衛生署中央健康保險局投對章(2)

行政院衛生署中央健康保險局

檔 號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國99年8月25日
發文字號：健保審字第0990074733號
附件：如附



修正「全民健康保險藥品給付規定」第8章 免疫製劑
Immunologic agents 8.2.3.2. Interferon beta-1b (如
Betaferon 8MIU)」給付規定，並自中華民國九十九年十
月一日生效。

附修正「全民健康保險藥品給付規定」第8章 免疫製劑
Immunologic agents 8.2.3.2. Interferon beta-1b (如
Betaferon 8MIU)」給付規定

行政院衛生署中央
健康保險局局長章(2)

局長 戴桂英

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

(自 99 年 10 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU)：(92/3/1、92/12/1、93/3/1、97/8/1、<u>99/10/1</u>)</p> <p>限用於：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.降低反覆發作型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。 2.降低續發型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。 3.<u>發生單一臨床症狀 (Clinically Isolated Syndrome) 疑似多發性硬化症的病患。使用時需符合下列規定：(99/10/1)</u> <ol style="list-style-type: none"> <u>(1) 需經事前審查核准後使用。</u> <u>(2) 限神經科醫師申請使用，申請時必須附病歷及具 2 個以上 MS-like 病灶點之 MRI 影像，以確認符合 Clinical Isolated Syndrome (CIS)。</u> 	<p>8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU)：(92/3/1、92/12/1、93/3/1、97/8/1)</p> <p>限用於：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.降低反覆發作型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。 2.降低續發型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。

備註：劃線部份為新修訂之規定。